|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Oznaczenie pracodawcy | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |
|  | wstępne / | | | |  | okresowe / | | | |  | kontrolne | | | |  |  | |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |
| Miejscowość, data: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 1510 z późn. zm.), kieruję na badania lekarskie: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Pana** | |  | **Panią** | |  | | | | | | | | | | | | | | **Nr PESEL\*/Data urodz.** | | | | | |  | | | | | | | |
| **Ulica** | |  |  |  |  | Imię i nazwisko | | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  | **Nr domu/ lokalu** | | | |  | | **Miejscowość** | | | |  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kod pocztowy** | | |  | | - |  | | |  | **Nr telefonu**  ***pole nieobowiązkowe*** | | | |  | | | | | | **Adres e-mail**  ***pole nieobowiązkowe*** | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | zatrudnionego/zatrudnioną lub | | | | | | | |  | podejmującego/podejmującą pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| określenie stanowiska/stanowisk pracy\*\*) | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach – należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia\*\*\*): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1. CZYNNIKI FIZYCZNE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Drgania miejscowe (wibracja) na kończyny górne** | | | | | | czas narażenia | | |  | | pomiary | |  | | | |  | **Promieniowanie nadfioletowe (UV)** | | | | | czas narażenia | | |  | | pomiary | |  | | |
|  |  | |  | | |  |  |  | |  | | |
|  |  | | | | | |  | | |  | |  | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | |  | |  | | |
|  | **Drgania (wibracja) ogólne** | | | | | | czas narażenia | | |  | | pomiary | |  | | |  |  | **Promieniowanie podczerwone (IR)** | | | | | czas narażenia | | |  | | pomiary | |  | | |
|  |  | | | | | |  | | |  | |  | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | |  | |  | | |
|  | **Hałas** | | | | | | czas narażenia | | |  | | pomiary | |  | | |  |  | **Promieniowanie laserowe** | | | | | czas narażenia | | |  | | pomiary | |  | | |
|  |  | | | | | |  | | |  | |  | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | |  | |  | | |
|  | **Hałas ultradźwiękowy** | | | | | | czas narażenia | | |  | | pomiary | |  | | |  |  | **Mikroklimat gorący** | | | | | czas narażenia | | |  | | pomiary | |  | | |
|  |  | | | | | |  | | |  | |  | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | |  | |  | | |
| **Promieniowanie jonizujące** | | | |  | **kat. A** | | czas narażenia | | |  | | pomiary | |  | | |  |  | **Mikroklimat zimny** | | | | | czas narażenia | | |  | | pomiary | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **kat. B** | | czas narażenia | | |  | | pomiary | |  | | |  |  | **Zwiększone lub obniżone ciśnienie atmosferyczne** | | | | | czas narażenia | | |  | | pomiary | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Pola elektromagnetyczne** | | | | | | czas narażenia | | |  | | pomiary | |  | | |  |  | **Inne** | |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2. PYŁY** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | wymienić jakie | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | czas narażenia | | |  | | pomiary | |  | | |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | |  | |  | |  | | |
|  | wymienić jakie | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | czas narażenia | | |  | | pomiary | |  | | |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | |  | |  | |  | | |
|  | wymienić jakie | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | czas narażenia | | |  | | pomiary | |  | | |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | |  | |  | |  | | |
|  | wymienić jakie | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | czas narażenia | | |  | | pomiary | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3. CZYNNIKI CHEMICZNE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | wymienić jakie | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | czas narażenia | | |  | | pomiary | |  | | |
|  |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4. CZYNNIKI BIOLOGICZNE** | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Wirus zapalenia wątroby typ B (HBV)** | | | | | | | | |  | **Wirus zapalenia wątroby typ C (HCV)** | | | | | | | | | | |  | **Ludzki wirus niedoboru odporności nabytej (HIV)** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Inne szkodliwe czynniki biologiczne** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Pani** | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | **Nr PESEL\*/Data urodz.** | | | | |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Pan** | | Imię i nazwisko | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5. INNE CZYNNIKI, W TYM NIEBEZPIECZNE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Obsługa monitora ekranowego** | | | | | | | | |  | czas narażenia | | | |  | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Niekorzystne czynniki psychospołeczne** | | | | | | | | | |  | stały duży dopływ informacji i gotowość do odpowiedzi | | | | | | | | | | | | |  |  | narażenie życia | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | stanowisko decyzyjne związane z odpowiedzialnością | | | | | | | | | | | | |  |  | monotonia pracy | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Kierowanie wózkiem widłowym / urządzeniami podnośnikowymi** | | | | | | | | | | | | | | | do 1,6 m | | | |  | powyżej 1,6 m | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Obsługa narzędzi, maszyn, urządzeń, ciężkiego sprzętu budowlanego i pojazdów poruszających się poza drogami publicznymi** | | | | | | | | | | | **rodzaj** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Kierowanie pojazdem samochodowym** | | | | | | | | | | **kategoria** | | |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Praca wymagająca sprawności psychoruchowej** | | | | | | | | | | | | **rodzaj** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Praca na wysokości** | | | | | | do 3 metrów | | |  |  |  | powyżej 3 metrów | | | | | |  |  |  | Praca na masztach/wieżach | | | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Praca poniżej poziomu gruntu (np. wykopy)** | | | | | | do 3 metrów | | |  |  |  | poniżej 3 metrów | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Praca zmianowa** | | | | | | Praca nocna | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Dźwiganie (kg) / Praca fizyczna (wydatek energetyczny)** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Praca w wymuszonej pozycji** | | | | | | |  |  |  | **Praca wymagająca ruchów monotypowych kończyn** | | | | | | | | | | | |  |  | **Praca w słuchawkach (w zestawach słuchawkowych)** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | | | | | |
|  | **Praca wymagająca stałego i długotrwałego wysiłku głosowego** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Inne** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia  lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania  pracy wskazanych w skierowaniu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  | Podpis pracodawcy | | | | | | | | | |
|  | |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Objaśnienia:  \*) W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – seria, numer i nazwa dokumentu stwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby przyjmowanej do pracy - data urodzenia.  \*\*) Opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonywania.  \*\*\*) Opis warunków pracy uwzględniający w szczególności przepisy:  1) wydane na podstawie:  a) art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu substancji  chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu  rakotwórczym lub mutagennym,  b) art. 2221 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych  czynników biologicznych,  c) art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące badań i pomiarów  czynników szkodliwych dla zdrowia, | | | | | | | | | | | | | | | | | d) art. 228 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu  najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia  w środowisku pracy,  e) art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz.U. z 2021 r.  poz. 1941 oraz z 2022 r. poz.974) dotyczące wskaźników pozwalających na  wyznaczenie dawek promieniowania jonizującego, stosowanych przy ocenie narażenia  na promieniowanie jonizujące,  2) załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja   1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu   profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich   wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 607).  Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| przeznaczone do realizacji | | | | | | |  |  | **W Centrum Medicover** | | | | | |  |  | | **W placówkach współpracujących z Medicover** | | | | | | | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **W celu umówienia badań Medycyny Pracy w Centrum Medicover skontaktuj się z Infolinia Medycyny Pracy 500 900 700 lub wypełnij formularz kontaktowy na stronie www.medicover.pl.** W celu umówienia badań Medycyny pracy w placówkach współpracujących z Medicover skontaktuj się bezpośrednio z wybraną placówką. Dane kontaktowe do placówki znajdziesz na stronie https://www.medicover.pl/placowki | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Do celów administracyjnych *– wypełnia placówka współpracująca z Medicover* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Do wykonania | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| Konsultacja lek. med. pracy – standardowa | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Konsultacja okulisty – med. pracy | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Konsultacja laryngologa – med. pracy | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Konsultacja neurologa – med. pracy | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Spirometria | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Audiometria tonalna | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| EKG spoczynkowe | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Inne (jakie) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Data ważności wydanego orzeczenia | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |  |  | *Prosimy o wydrukowanie i przekazanie niniejszego skierowania Pracownikowi w trzech egzemplarzach* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |

A blue and white logo

Description automatically generated